

SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD	
Para responder este documento favor citar este número:	
Rad No:	20269300102257881
Fecha:	16-07-2026
Expediente	202192005190103446E

Bogotá,

Señor(a)

MEDICINA INTEGRAL MIKEL S.A.S.
Representante legal o quien haga sus veces
AV 10 No. 22-84
dro_mikel@hotmail.com
SAN JOSÉ DE CÚCUTA NORTE DE SANTANDER

Asunto: Citación para notificación personal de la Resolución número 2026920050007287-6 de 2026

Cordial saludo:

De manera atenta y en cumplimiento con lo dispuesto en el acto administrativo citado en el asunto, expedido por LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD y dando aplicación al artículo 68 de la Ley 1437 de 2011, se remite la presente citación con el fin de que se notifique personalmente de la Resolución mencionada.

Para la diligencia de notificación personal puede acercarse dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta citación, a la oficina del Grupo de Gestión de Notificaciones y Comunicaciones ubicada en la Carrera 68 A No. 24 B 10 Torre 3 Piso 4 Edificio Plaza Claro de la ciudad de Bogotá D.C., de lunes a viernes en el horario de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. con su documento de identidad y los documentos que conforme a la ley demuestren la representación legal, (certificaciones con vigencia inferior a 90 días), o podrá delegar el acto de notificación mediante poder.

En el evento en que esté interesado(a) en autorizar la notificación electrónica, podrá comunicar la dirección de correo electrónico a la que se debe notificar el acto administrativo, diligenciando el formato A2-FT-45 Autorización de Notificación Electrónica, junto con una copia de su documento de identidad y los documentos que conforme a la ley demuestren la representación legal, (certificaciones con expedición no mayor a 90 días), remitiéndolos al buzón electrónico correointernosns@supersalud.gov.co con el asunto Autorización Notificación Electrónica; lo anterior de conformidad con lo señalado en el artículo 56 del C.P.A.C.A.

En caso de no comparecer dentro de los cinco (5) días siguientes al recibo de esta citación, o no se autorice la notificación electrónica dentro del mismo término, se procederá a notificar el acto administrativo por Aviso de acuerdo con lo establecido en la Ley 1437 de 2011.

Cordialmente,

Firmado electrónicamente por:
Jean Edwarr Roldan Galeano

Anexos Electrónicos: 1
A2-FT-45

	GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO	A2-FT-45
	AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	VERSIÓN	1
		FECHA	31/03/2026

USUARIO ha accedido al acto administrativo y por ende se entiende notificado del mismo, en la fecha y hora en que el usuario reciba el correo electrónico remitido por la Superintendencia Nacional de Salud, en el buzón de la o las direcciones electrónicas diligenciadas en el presente documento. Dicho envío y recepción de los correos electrónicos generados en desarrollo de la presente autorización serán certificados con plena validez jurídica por el operador designado por la Entidad.

El usuario se hace responsable de adoptar las medidas de seguridad idóneas para la administración de la cuenta de correo electrónico indicada en el presente documento, así como del manejo de la clave de ingreso al mismo y de mantener el buzón con la capacidad suficiente para la recepción de los actos administrativos que serán objeto de notificación; para lo anterior, la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** sugiere la creación de una dirección electrónica de uso exclusivo para el propósito de la presente autorización. En consecuencia, la omisión en el cumplimiento de dicha obligación por parte del **USUARIO** no invalidará el trámite de notificación realizada por medios electrónicos.

Los actos administrativos objeto de notificación electrónica serán remitidos para su visualización en formato PDF, razón por la cual el **USUARIO** deberá tener instalado en su equipo el software que permita la correcta visualización de las imágenes que remita esta **Superintendencia**.

Declaro que autorizo a la **SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD**, para el tratamiento y manejo de mis datos personales o de mi representada, con el fin de facilitar el trámite de notificación electrónica, que conozco los derechos que me asisten como titular de la identificación, y que conozco la identificación, dirección y teléfono del responsable de tratamiento de mis datos, de conformidad con la Ley 1581 de 2012, la Ley 1712 de 2014, la Ley 1437 de 2011, Ley 1918 de 2018, Decreto 753 de 2019 y demás normas concordantes.

En constancia de las declaraciones y autorizaciones aquí presentadas, suscribo el presente a los *(señalar día en números)* días del mes *(señalar mes en letras)* de 20_ *(señalar año en número)*

FIRMA: *(Espacio para firma de quien suscribe el documento).*

	GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO	A2-FT-45
	AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	VERSIÓN	1
		FECHA	31/03/2026

NOMBRE: *(Espacio para describir nombre persona).*

CÉDULA: *(Señalar número de documento identidad).*

ANEXOS: *(Señalar los documentos que adjunta a la presente autorización).*

-----Diligencie hasta aquí-----

INSTRUCCIONES DE ENVÍO Y VALIDEZ DEL FORMATO:

La presente autorización debe ser remitida a la dirección de correo correointernosns@supersalud.gov.co y tendrá efectos a más tardar el décimo día hábil desde que la Superintendencia la reciba por parte del USUARIO y hasta tanto el usuario solicite mediante comunicación remitido al mismo correo, que las notificaciones sucesivas no se realicen por medios electrónicos, sino de conformidad con los otros medios previstos en el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo. Dicha comunicación deberá ser remitida por el **USUARIO** a esta **Superintendencia**, con una antelación no inferior a diez (10) días hábiles a la fecha a partir de la cual el **USUARIO** desee la cesación de la notificación de los actos administrativos por medios electrónicos y deberá estar acompañada de los documentos que acrediten la representación legal del solicitante (mismos documentos requeridos para autorizar).

Sí requiere modificar el o los correos inicialmente autorizados, se deberá remitir este formato a la dirección de correo antes señalado, incluyendo la nueva información, la cual tendrá efectos a partir del décimo día hábil desde que esta Superintendencia la reciba por parte del USUARIO.

En el evento en que la información contenida en el formulario no sea clara o los anexos no acrediten debidamente la representación legal del USUARIO, la Superintendencia solicitará aclaraciones a la dirección de correo electrónico autorizado; si la señalada dirección no es legible o no permite la recepción del mensaje de datos, la Entidad enviará la información a la dirección de correo electrónico reportado en el RUES o a la utilizada para efectos de la citación; En caso de no existir información en el RUES y se imposibilite la comunicación con el USUARIO, se tomará como no presentada la solicitud.

Recuerde que el formato deberá estar acompañado de los documentos que conforme a la ley demuestren la representación legal de quien autoriza, señalados a continuación:

	GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE BIENES Y SERVICIOS	CÓDIGO	A2-FT-45
	AUTORIZACIÓN NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA	VERSIÓN	1
		FECHA	31/03/2026

USUARIO	DOCUMENTOS
PERSONA NATURAL	Documento de identidad de quien autoriza la notificación electrónica.
HOSPITALES	Decreto de nombramiento del Gerente y/o Representante Legal y acta de posesión de este, indicando el periodo, documento de identidad del Gerente y/o Representante Legal.
ENTES DE ORDEN MUNICIPAL Y DEPARTAMENTAL	Decreto de nombramiento, acta de posesión y documento de identidad de quien detenta la representación del municipio o departamento, acto administrativo de delegación en el que se acredite la capacidad para representar a la entidad y/o para notificarse.
CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR, EPS, IPS, UNIVERSIDADES, ASEGURADORAS, COMUNIDADES RELIGIOSAS	Certificación de existencia y representación legal emitido por la entidad competente, cuya fecha de expedición no sea superior a 90 días y documento de identidad del Gerente y/o Representante Legal.
ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS	Resolución de nombramiento del Gerente y/o Representante Legal expedida por el Ministerio del Interior, por el periodo de nombramiento, documento de identidad del Gerente y/o Representante Legal.
AGENTE ESPECIAL INTERVENTOR O LIQUIDADOR	Resolución de nombramiento, acta de posesión y documento de identidad.
CONTRALORES:	Resolución de nombramiento, acta de posesión y documento de identidad Nota: El contralor por sus facultades legales no podrá autorizar la notificación electrónica a nombre de la entidad donde funge como tal, ya que no cuenta con las competencias para tal fin.
ENTIDADES CON APODERADO	Poder en donde conste la facultad para notificarse, documento de identidad del apoderado, documento que acredite nombramiento del gerente o representante legal o certificado de existencia y representación legal expedido por la entidad correspondiente, documento de identidad del Gerente y/o Representante Legal.

472 Motivos de Devolución

1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2
1 2	1 2	1 2	1 2

Fecha 1: DIA MES AÑO R D Fecha 2: DIA MES AÑO R D

Nombre del distribuidor: **Nestor Guerrero Duran**

C.C. **88 209.671**

Centro de Distribución: **Alfama Queda en Sala de Recepción por SMS se trasladaron de Dirección**

El usuario deja expresa constancia que tuvo conocimiento del contrato que se encuentra publicado en la página web 472.com.co y sus datos personales para probar la entrega del envío. Para ejercer algún reclamo: servicioalcliente@472.com.co Para consultar la Política de Tratamiento: www.472.com.co

SERVICIOS POSTALES NACIONALES S.A. NIT 900.062.917-9

México Concesión de Correos

CORREO CERTIFICADO NACIONAL 2026

Centro Operativo: UAC.CENTRO

Fecha Pre-Admisión: 22/07/2026 09:40:33

Orden de servicio: 18340628



RA568502208CO

6007
000

Nombre/ Razón Social: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - SUPERSALUD - BOGOTA 2
Dirección: CARRERA 68A 24B 10 T 3 PISO 4 NIT/C.C.T.: 860062187
Referencia: 20269300102257881 Teléfono: 3300210 Código Postal: 110931348
Ciudad: BOGOTA D.C. Depto: BOGOTA D.C. Código Operativo: 1111573

Nombre/ Razón Social: MEDICINA INTEGRAL MIKEL S.A.S.
Dirección: AV 10 NO. 22-84
Tel: Código Postal: Código Operativo: 6007000
Ciudad: CUCUTA NORTE DE SANTANDER Depto: NORTE DE SANTANDER

Peso Físico(grams): 200
Peso Volumétrico(grams): 0
Peso Facturado(grams): 200
Valor Declarado: \$0
Valor Flete: \$23.800
Costo de manejo: \$0
Valor Total: \$23.800 COP

Dice Contener: **Alfama Queda en Sala de Recepción por SMS se trasladaron de Dirección**

Causal Devoluciones:

RE	Rehusado	C1	C2	Cerrado
NE	No existe	N1	N2	No contactado
NS	No reside	FA		Fallecido
NR	No reclamado	AC		Apartado Clausurado
DE	Desconocido	FM		Fuerza Mayor
	Dirección errada			

Firma nombre y/o sello de quien recibe:

C.C. Tel: Hora:

Fecha de entrega: 22/07/2026

Distribuidor: **Nestor Guerrero Duran**

C.C. **88 209.671**

Gestión de entrega: **27 JUL 2026**

1111
573
UAC.CENTRO
CENTRO A



11115736007000RA568502208CO

Procedimiento: 1. Recibir el paquete. 2. Verificar el contenido. 3. Registrar el envío. 4. Entregar el paquete al destinatario. 5. Firmar el documento de entrega. 6. Devolver el documento de entrega al remitente. 7. Archivar el documento de entrega. 8. Generar el informe de entrega. 9. Enviar el informe de entrega al cliente. 10. Cerrar el proceso de entrega.

Remitente

Nombre/Razón Social: SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD - SUPERSALUD - BOGOTA 2
Dirección: CARRERA 68A 24B 10 T 3 PISO 4
Ciudad: BOGOTA D.C.
Departamento: BOGOTA D.C.
Código postal: 110931348
Envío: RA568502208CO

Destinatario

Nombre/Razón Social: MEDICINA INTEGRAL MIKEL S.A.S.
Dirección: AV 10 NO. 22-84
Ciudad: CUCUTA NORTE DE SANTANDER
Departamento: NORTE DE SANTANDER
Código postal: 550000
Fecha admisión: